【様式－３】　透析支援　臨床工学技士　用

**COVID-19透析スタッフ支援事業本部**様（事業担当者宛てe-mail: kanae.hashimoto@sapmed.ac.jp）

**支　援　臨　床　工　学　技　士　登　録　票**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日  下記のとおり、「支援臨床工学技士」として、登録致します。 | | | | | | |
| 登録者情報  勤務先等の情報  （フリーランスの方は  登録可能な情報） | （フリガナ） |  | | | | 性別： |
| 氏　　　名： | | | | | 業務歴：　　　年 |
| 生年月日　（西暦）　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | |
| 連絡がつきやすい電話番号 | | | | | |
| 所属施設名： | 職名： | | | | |
|  |  | | | 職名 |  |
| 〒 |  | | | | |
| 住　所： |  | | | | |
| TEL： |  | FAX： |  | | |
| E - mail： |  | | | | |
| 業務経験について  （〇で選択ください→） | ・人工透析室業務　　（従事歴：　　　　　　　　年、穿刺歴：　　　　　　　年）  ・ご使用経験コンソール　 日機装　 ニプロ　 東レ　 JMS  ・PPE使用や**COVID-19対応経験　　　あり　・　　なし** | | | | | |
| 専用メーリングリストへの登録 | 可　　・　　否 | | | | | |
| 活動報告の公開 | 可　　・　　否 | | | | | |
| およその対応可能日数  （〇で選択ください） | ・3～5日程度  ・1週間程度  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 在籍施設の情報  （〇で選択ください） | DMATあり　　　JMATあり　　　JHATあり　　　　なし　　　　不明  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 施設長の承諾・推薦 | ・あり　　　　　　　　・なし　　　　　　　・後日、確認予定 | | | | | |
| 会員情報（該当者のみ記載） | 北海道臨床工学技士会 会員番号( ) | | | | | |
| その他 対応可能業務情報  （対応可能な業務がございましたら、〇で選択ください） | ・集中治療室業務全般  ・手術室業務全般　　　　・内視鏡室　　　　・血管造影室  ・高気圧酸素療法　（　１種　・　２種　）  ・医療機器管理　　　　・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| その他  （連絡事項がありましたら  ご記載ください） |  | | | | | |

|  |
| --- |
| * 事業本部記載欄： 登録日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |